

ポスト脱施設・制度化社会の行方

—— システムの「人間化」をめぐる ——

岡 村 正 幸

〔抄 録〕

本稿では社会システムの視点から精神保健医療・福祉領域での脱施設・制度化とその後の社会の行方について取り上げる。特にこの分野でわが国は精神病者がごく普通の市民として認められ、病気やそのために引き起こされる重層的な生活上の困難の予防や、必要な改善と回復のための社会的努力を怠り、一方で精神科病院を中心とする医療保護対策に偏重し、また当事者、家族への過重な負担を強いてきたといってもいい。

国際的に見ればこうした現状の改革は当然のものとして1960年代より進められ、2000年に入り、すでに多くの国で精神保健医療・福祉に関わる新たな社会のための努力と試行がおこなわれている。ここではそうした経験に、特に改革の先進国といわれるイタリアを中心としたパラダイムシフトの政策的・実践的努力に学びながら、いまだ目標でもあるわが国の脱施設・制度化への提言としたい。その際、ポスト脱施設・制度化社会をコミュニティに注目しつつ社会システムにおける人間化という視点から検証する。

キーワード：脱施設・制度化、システム移行、A・B社会論、人間化、本人との対話

は じ め に —— 精神保健医療・福祉における思想と方法

ここで取り上げるのは、ひとつの政策・実践領域における歴史的動向とその結果としての今日的課題について、背景となる幾つかの要因を社会システムの視点から検証するとともに、歴史に学び国際的比較を通し課題解決について提案することにある。

検討の対象領域は精神保健医療・福祉の歩みと実態である。周知のように現実としての精神疾患のある人の「生きていく場所とその質（生活）」をみると、わが国の現在は国際的な取り組みに比してきわめて特異な内容をいまだ見せ続けている。これをシステムとしてみれば幾つかの負の要素を抱え込んだ全体性をみせているともいえる。ここ10年ほど、これほど明確に

政策的にも、また実践上の課題としても一つの方向性が示され、そのことの妥当性が国際的にも、また国内的に政府も医療・福祉関係者や当事者、家族にも広く認められているにも関わらず、結果としての変化が、この領域の人々の暮らしの現実に明確に現れてこないのはなぜか。この点の検証は重要な医療や福祉政策・実践上の課題といえることができる。

つまりここで取り上げるシステム移転としての脱施設・制度化⁽¹⁾は、国際的にはすでに経過した政策課題であり、実質的な仕組みである初期政策の検証や改善、さらに精神病早期介入に代表されるような次なる政策・実践が課題になっているのに比して、いまだわが国においてはそれ自身が政策的目標であり続けている⁽²⁾。

この点に関し、いまから10年ほど前、ひとつの論文で、次のような問題点の整理をした。

『今日の精神保健福祉における課題を「グローカリゼーション」の視点からみると、地球的な規模で進む「支援施策の目標を地域生活の確保におく仕組み作りの具体化」にあるとし、そのためのパラダイムシフトとしての移転に関わる施策推進とともに、幾つかのシステム要素の変更の必要性和そのための根幹となる（人・金・物の）医療依存からの自立と、新しい「財政とパワー」の有り様をまちの中に作り出していくことが重要な課題になってくる』⁽³⁾

それから多くの時間を見たが、各地にさまざまな新しい事業は生まれつつあるものの、システムの基本構成に係わる幾つかの指標から見ると本質的な問題の解決にはほど遠いというのが現実である。それはひとつの時間的空間をもつシステムから次なる社会構成体への移行が結果として作り出すはずの要素の変容を見せていないということであり、国際的な脱施設・制度化の過程で一様に見られる現実から考えてもこの時間経過は極めて特異な出来事と言わざるをえない。後述するが、そのことをやや比喩的に言えば、要素としてシステム移行に向かう中で、多様な困難の存在があっても求められるアッセンブレア（assemblea）、思想としての出発におけるシステム構成者と本人との対話の回避や不足に尽きるように考えている。したがって、ここではシステムの本人との対話を通したそれ自身の人間化の課題という視点から脱施設・制度化について検証してみたい。

しかもわが国においてはあまり関連して論議されていないが、その基底には脱工業化社会の進展と危機の中での国家と社会と市民の関係の再構築という「福祉国家の近代化」論議が隠されている。

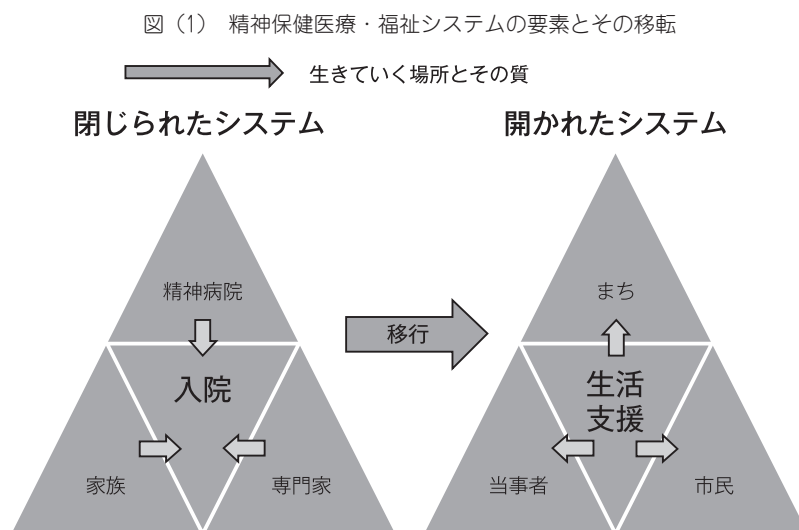
こうした点を深めていくためまずシステム移転の類型化から検証をはじめることにはしたい。

I 精神保健医療・福祉領域におけるシステム類型と移転

すでに別の機会に今日の精神保健医療・福祉の現況と動向を分析するため、精神障害者の労働と生活における病院機能や役割の転換をひとつの軸としたパラダイムシフトの検討を通して「モデル設計」の形態と質における「遅れとねじれの継続」という日本の特質を指摘した。ま

た、そうしたことに至る経緯についても戦後精神保健行政を分析視点とし、国際的動向の比較検討の中でおこない報告をした⁽⁴⁾。

これらを踏まえ、ケアの前提になる「生きていく場所とその質」という結果としての指標に準じるなら近代社会の成立以後、精神保健医療・福祉システムは、大きくは二つの社会（ここではA社会、B社会とする）に区分され、成熟しつつかつその間を移行している。

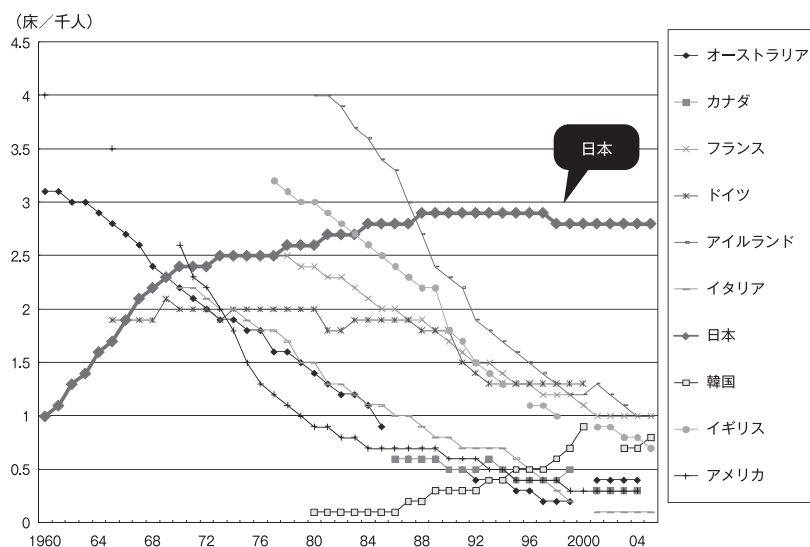


そのひとつ、A社会では、原因と結果の責任と受け皿としての「家族」、さらに治療と生活の場としての「精神病院」、加えてサービスの場に集合することによって効率的に人道的に、さらに後には人権に配慮し動かすものとしての「専門家」という軸によって長く運営されてきた。しかもそれらの三つの要素は入院という方法によって強く結びつけられ、法制度や医療水準の上からも閉じたトライアングルとして機能し一つの文化を形作る。したがって実践の多様な意図とは別に、結果として日常的なまちの暮らしから事態を隠匿するというものとして機能することは「かつて町にいた彼ら」⁽⁵⁾とも表現され、わが国で報告される院内不祥事などさまざまな出来事においても明らかである。

このようにして、システム化されたA社会はわが国においては近代社会成立後、医制を含む衛生行政が整備され、そもとで施設ケアが立ち上がる19世紀後半から、それぞれの要素の強化を図りながら、法制度的にみれば精神病患者監護法（1990年）、精神病院法（1919年）を経て、戦後、両法の廃止による新たな精神衛生法（1950年）の制定から、退院への、さらに社会復帰への拡がり生まれ通院医療の比重が高まる、1980年代の前半に至るおよそ100年ほどの時間において継続、強化されたものと考えられる。

一方、国際的にはこうしたA社会の運用の中で、今ひとつの動きが強まっていく。例えば、OECD統計によれば国際的に精神科病床比率は1955年前後をピークに減少を見せ始める。

図（2） 主要国における精神科病床数の推移（1960～2004）



資料 OECD Health Data 2002
OECD Health Data 2007

それは精神科医療における方法としての退院の具体化であり、そのことを通して在宅であり続けることの可能性の増大とみることができる。いわゆるモラルトリートメントから M. ジョーンズに代表される治療共同体の実践等における病院医療の改革は薬物療法の登場により多くの変容を見せ、一方における障害者や高齢者など関連領域での在宅生活の確保への多様な試み、国際障害者年のように国連などを中心とするノーマライゼーションの流布のなかで、地域ケアへの始動が蓄積されていく。

こうした中で、新しい B 社会が「地域生活の確保とその支援」という方法を持って形成されていく。

しかもこのシステムとして移行を目指す次なる社会構成体の要素のひとつは、それまでの家族に変わり、医療への同意や法制度の運用の軸を「本人（当事者）」に置くこと。さらに、いまひとつは医療提供の場として、また結果として生活支援の場としての精神病院に変わって、継続して暮らすサービス利用の場としての「まち」であり、さらにシステム統治者としての専門家に変わり自らが生活の主体者であり、かつ普遍的存在としての「市民」という要素である。しかもそれらはサービスにおける関係性の転換として、生活者主体の「支援」という開かれた機能でつながっているものということができる。

この A 社会から B 社会への移行はよく知られているように通常、政策的には脱施設・制度化として進められて行く。こうした事態は、国際的にみると向精神薬を軸とする薬物療法の投入による精神医療での退院の可能性の現実化と受け皿としての地域ケアの展開によって 1960 年代から急速に進んでいく。例えばその一つはよく知られるように 1963 年、アメリカ大統領

J・F・ケネディによる「精神病及び精神遅滞に関する大統領特別教書」を契機に取り組まれたものであり、入院者比率の削減をとまなう経緯については1978年、「精神医療と地域に関する委員会」のもとGAP(The Group for the Advancement of Psychiatry)報告書に詳しい⁽⁶⁾。そこでは1955年時点で55万8千人であった入院患者が報告書の時点で19万3千人にまで急速に減少するという現実を前に次のような検証を行っている。

- ① 以前入院していた患者は、実際にある地域のメンバーになりうるか。
- ② このように傷つけられやすい人々に対し保護や適切なフォローアップ・ケアがなされているか。
- ③ 脱入院は退院患者の家族にどのように影響するか。
- ④ 地域の居住施設における生活の質はどのようなものであるか。
- ⑤ 州立病院の老人患者が地域施設へ大量移動したが、これは彼らの要求を満たしたか。

報告書においては必ずしもこうした脱施設・制度化にとまなう、地域での再統合といったことがこの時点で十分に実現できているわけではないとするも、ベネットなどの警告を引用しつつ、それでも1991年、「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための諸原則」(国連決議)につらなるものとして「精神病患者は最小の拘束しかない環境の中で生活し、可能な限り正常で独立した生活を営む権利を有するという原則」を十分に確認するとともに、向かうべき社会の方向について同意している。

こうして、1970年代を一つの転機としてB社会が立ち上り、国際的には急速なシステムの移行が進んでいくことになる。

また、こうした移行のもつ地域での生活の変化の質について、北米での状況を踏まえG・デジョングは、この間のアメリカの自立生活運動の形成過程とその主張を多様な社会運動とともにさまざまなその源流にさぐりかつ多くの背景との関連について重要な指摘をしている。脱施設化について当時の「施設はそれだけでシステムであり、……外部の介入をほとんど受けず、実質的な社会統制を行うことが許されている。」とし、ノーマライゼーションと本流化の概念にふれながら、脱施設化がサービスと専門家がそれを保障するのではなく、その中に本人自ら「危険に挑む尊さ」と「失敗する可能性」持つことを取り上げ、だからこそ障害者自らが選択する権利としての人間性の獲得につながるとの言及をしている⁽⁷⁾。このことはアメリカの自立生活やそれを支える文化への同意を示しているが、しかし同時にシステム移転後の「生きていく場所とその質」について重要な意味をもっていると思われる。

Ⅱ システム移転からみたわが国の精神保健医療・福祉の現状

この移転にはいくつかの前提が求められる。A社会が閉じられたサークルで市民生活から吸収し隠蔽した諸課題を再び日常的なコミュニティで取り扱うには、再統合に向かう新たな統

合的なコミュニティ政策の設計とともに、地域生活の確保のための少なくとも初期的には医療や住居、雇用など支援システム整備のための十分な財政投入、さらに市民としての生活の確保に対する市民、地域の対応がいかに形成されるかといったことによって大きな違いが生まれてくる。

ところが、わが国においてはこうした課題の前に A 社会での移転要素の蓄積が十分にできなかったという現実がある。それは 1960 年代という国際的に移行が始まる時期にとられた精神保健医療・福祉行政がつくりだしたものといえることができる。

そのひとつは A 社会システムの核になる精神病院という施設整備のための国庫補助規定の改正や国民年金融資や医療金融公庫の設置、都道府県の融資策をはじめとする資金的誘導策という社会 A 要素の強化策であり、今ひとつはそうして整備する精神病院の施設内容としての医療法に対する特例化（1958 年次官通知）という「医療的低位処遇原則」⁽⁸⁾ の導入がある。おおよそ三分の一程度の水準でよしとするこの規定は、時の日本医師会長をして「精神病院は牧畜業である」⁽⁹⁾ といわしめ、システムの閉鎖性によって市民・まちの眼を遠ざけ、その後の精神科医療における多くの不祥事の遠因ともなったものでもある。さらにそうして整備した精神病院への入院者の確保としての医療費と入院の法的な手続き問題がある。医療費に関してはもちろん 1961 年の国民皆保険の制定が大きいですが、それ以上に国会審議を必要としない局長通知というわが国の特異な制度運用としての措置入院制度の経済的運用（1961、1963 年、公衆衛生局長通知）や生活保護における医療扶助の拡大適用といった重要な変更が推し進められていく。さらに入院手続きに関しての本人外しにつながる保護義務者（当時）や市町村長等行政管理者などによる同意入院が制定され、その運用へのシステムの傾斜、特に本人との対話の回避としての専門家を含めての社会の安易な依存が、利用者主体への指向によるその後の移転要素の形成にとり大きな抵抗因となるのは、すでに検証してきたことから明らかである。しかもこの精神保健医療・福祉の仕組みをまたもや公費を投入することなく民間へ依存するということによってこれ以後、脱施設・制度にとって重要な意味をもつ公的なシステムコントロールが効きにくくなったともいえる。

こうした国際的に進む B 社会への移行期にあたかも A 社会を強化するようなわが国の政策動向の背景ひとつには明治以来、治安的要素の強い精神衛生行政の存在があり、病院医療としての公立精神科病院の設置義務の財政的抑制や法制度的な私立病院への肩代わり、また私宅監置のような家族内保護への依存などを通し、十分な医療ケアの確保をおこなってきたことがある。したがってこの時期、作られるべき精神科病床も国際的な水準から見て極めて低いものであった。結果、1954 年に実施された全国精神衛生実態調査によれば全国患者推計が 130 万人であり、そのうち施設収容の必要な者 43 万人中、常時看護を必要とするもの 17 万人と入院中のものを入れて 20 万人が、要入院者であった。この他、報告書では社会復帰施設への入所訓練が必要なもの（自立、不完全自立者）26 万人とされる。しかしこの当時の実際の病床

数は3万人弱であり、精神科病院以外、地域生活や在宅医療にかかわる社会資源がほぼない中で、少なくとも在宅者84万人、および本来の社会復帰対象者26万人とともに入院者を除く17万人の要入院医療者の受けとめを強く受け皿としての家族に依存していたという現実を前に、当面の政策課題や家族、関係者の要望が病院建設に流れたといったことがある⁽¹⁰⁾。こうした現実はその後の調査においても改善されず、1970年以降、急速な民間精神病院の整備が進み、結果、わが国の精神科医療における精神病院、病床数の増加は1993年、34万床、(その内、89.9%が民間病床数)人口比率、1000人対2.9まで急速に増大することになる。

もちろんこの間、わが国においても何度か脱施設・制度化への転機を迎える可能性もあった。例えば、1970年代から1990年代にかけて、病院精神医療に対比し地域精神医療という言葉、実践の登場と共に、在宅ケアとしての通院医療や保健所の位置づけを図る1970年代の法改正への取り組み、さらにその後、急速に増加する共同作業所や診療所といった地域ケアの一層の拡がりの中、1987年「社会復帰の促進と人権への配慮」を目指す精神保健法への改定、さらに社会参加に向けての制度化といったことが以後、模索されはじめる。しかしこうしたいくつかの時期においても、システムそのものの移行を作り出すことが出来ず、「方法としての精神病院への入院」という主要要素への依存から脱却にはならなかった。

いずれの場合も最大の要因は、いくつかの国に見られるような、こうした移行を支える根源的な実践思想の形成不足とともに、変わるべきシステムを動かす新しい仕組みの設計の不十分さがある。それは時代の再編にあたり、当事者や市民や多様なスタッフへの信頼不足といったことだけでなく思想として安易な精神科医療における医学的判断の絶対化への依存、さらには財源や新しい専門家の養成、さらにさまざまな危機回避策や地域での事業展開における公共性の希薄さとともに医療法人への依存といったことにあり、その継続は今日にも続く大きな克服の課題である。

ただ、病床数のピークを迎える1990年代半ばを契機としてわが国においても新しい動きが生まれている。例えば、1993年には当事者組織としての全国精神障害者団体連合会が結成され、予算的には入院医療と通院医療の比率が逆転する。同じ時期、障害者基本法が制定され、障害者として精神障害者が位置づけられると共に、それを受けて不十分ながらも福祉規定を取り込み、1995年、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が制定される。同時に増大する在宅の精神障害者の生活支援や主治医を特定しない精神障害者への相談、援助を取り込んだ精神保健福祉士法が1997年、わが国初めての医療領域における福祉専門職資格として制定される。国際的障害者運動に連動しつつ2002年、障害者対策に関する新長期計画及び新障害者プラン、さらに2004年、精神保健医療福祉の改革ビジョンで取り上げられる社会的入院の解消等、新しい政策設計図である退院促進事業から地域生活支援の具体化として、政府はこの間、国際的な批判への対応も含めて多くの審議会や研究会等を設置、開催し、その結果を仕組みの作り換え、地域移行としてのここでのB社会作りの指針として公表してきた。

しかしそうした中でも、わが国の精神保健福祉システムは1999年、世界心理社会的リハビリテーション学会（WAPR）が指定したベストプラクティス（先進的活動）の5つの事業⁽¹¹⁾をシステム上に吸収することもできず、A社会における病院医療の質的な転換とともに、有効な地域医療支援策や雇用を含む生活支援ネットワークを作り出すこともなく、いまだ移行は目標であり続けている。

Ⅲ 国際比較からみたシステム移行におけるいくつかの要素について

すでにみてきたように、脱施設・制度化は地域での通常の生活（community living）に支援の基盤を返すという意味で、市民生活を支える歴史や文化に裏打ちされ、それぞれの国や地域において違いをみせることになる。それは例えば、自立生活運動にみるように生活決定の入り口における機会均等を是とするアメリカ社会や、この時期においてベヴァリッジ以来の社会保障、社会福祉における所得移転を政策とし結果平等を求めるイギリス社会において、それぞれ同様の方法が見られるわけではない。しかしまた、そうしたいくつかの相違はみせるものの精神保健医療・福祉領域で、精神科病院への入院という要素をシステムの中軸から外すことは多くの国において政策、実践的に共通して追求されたものである。

こうして1970年代以後、国際的なB社会へのシステム移転が進むなか、すでにふれたようなわが国のさまざまな政策提言、例えば2003年、改革のグランドデザインで取り上げた「社会的入院の解消」や同時に多くの国がみせる精神科病床数の削減が現実的に進まないわが国の現状はなぜ、維持され続けてきたのか。ここではシステム移転の先進国とされるイタリアにおける精神科医療や障害者施策におけるノーマライゼーションを進める北欧での経験を例に取りながらわが国の移行の困難の構造について検討してみたい。

（Ⅰ）イタリアにおける精神科医療改革と脱施設・制度化について

わが国の精神保健医療改革がなかなか進まない中で、いわゆる改革の先進国としてイタリアの精神科医療への関心が高まっている。それを脱施設・制度化の文脈でみれば北イタリア、特別区フリーウリ・ヴェネツィア・ジューリア自治州の一都市、トリエステでの病院改革から全国的な法制度の制定への広がりを見せつつ、劇的にもみえる公立精神病院の廃止や入院の禁止を進めてきたことへの関心として多くの見学とともに紹介がなされている。しかしまた一方でこうした報告とともにイタリア社会が信頼できる全国的な社会統計の蓄積が極めて少ないという現状とともに今でも残る南北問題や強い地域性、さらに州制度による財政、文化の違い、OECDなども指摘するように国際比較における多国間での「隠された精神病床」の存在にみられるような病床概念の相違などもあり、どこまで実情に迫れているのか、特に全国的概要については注意深い検証が必要と思われる⁽¹²⁾。

周知のようにイタリアは1960年代政治の季節を背景にF・バザーリアという強い改革リーダーのもとゴリッツアからトリエステの精神科病院改革を経て、1978年の法律180号(通称バザーリア法)によって精神科医療改革の途につき、同年、法833号による同法の吸収によって改革の基礎的整備を進め、1994年に公布された「イタリア大統領令(精神保健の擁護1994-1996)総合計画=目標」をへて、いくつかの困難を克服しつつ、1999年には保健大臣により公立精神病院の廃止が宣言された。(文献によって2年ほどの違いがある。)大統領令の前文においてこの間の推移について次のように指摘する⁽¹³⁾。

1978年の180号をもって始まる精神科医療改革は「事実、新しく制定された規制は、精神病に対するこれまでとは異なったアプローチを要請することになった。公的介入の根本的な目標は、精神障害者に対する社会的支配から、健康の促進と精神的不調の予防へと変更されたし、援助制度の基軸は、病院への強制入院を基本にした介入から地域サービス介入へと移行した。」しかし、その後、こうした改革は必ずしも順調に推移したわけではなく80年代の停滞期をへて長く新旧二つの異なる介入の方法が続くことになる。だからこそ、新たに大統領令によって移行を強く進めなければならなかったともいえる。そうした中でこのようなトリエステの病院改革を全国的な制度として広げていくにあたって大きな役割をはたしたのはセクター制である地域保健機構(USL)を軸にして⁽¹⁴⁾、精神科病院の機能や精神保健医療・福祉サービスのまちでの再配置とそれらのネットワーク化を進めつつ、一方で1991、法律381号によって法定化される社会的協同組合のような就労を中心とし市民としての生活を支える多様な地域支援サービスへの混合的、複合的な投資である。だからこそこうした脱施設・制度化の取り組みを文化の戦いだとするトリエステの精神保健行政の責任者であったデラックアは「精神科病院が変革され、閉鎖されていく過程でその周辺にはいくつもの社会的協同組合が生まれ、今日では患者たちの解放のための重要な手段になっています。労働をおこない、精神科病院の患者という役割を引き受けることができる可能性は、リハビリテーションの分野とその地平を根本的に変革することになりました。」⁽¹⁵⁾とその意義を語っている。

しかしまたこうした一方で、こうしたトリエステを出発とする精神科医療における脱施設・制度化についてその困難な全国への広がりを核の部分で支えているものは、医療実践思想としての旧来のシステム参加者の本人との対話の重視であり、多様な会議の実施とともにそのことによって了解をつくり出すことを通して新しい市民としての患者像とともに医療やケアの質の変更を踏まえた新たなシステム作りであるように考えられる。

(Ⅱ) 精神科病院改革とシステム移行における政策・実践の課題

このことをもっとも表しているもののひとつが、トリエステにおけるサン・ジョヴァンニ病院のカメリーノ病棟改革であろう⁽¹⁶⁾。そこには「若者であれ、老人であれ、暴力行為を理由に開放病棟からもはや受け入れ不能なものとして無理やり移された患者を入れておく病棟で

あった。」当時、病棟担当者であったレナード・ピツイオーネやトマーゾ・ロザヴィオによれば、それは脱施設・制度化、さらにそれを端とするシステム移転の受け皿としての、当事者や専門家、さらに市民を主役としたまちづくりとしての精神保健医療・福祉改革の現在を切り開く最大の困難であり、だからこそ改革の原点とも言うべき実践としての意味を持っているように思われる。いわば、B社会の重要な形成要素につながる実践でもある。それは最も絶望的といわれ、まちから排除された施設の中でもさらにその奥に非人間的現在そのものといわれる自らの今や人生を語ることの出来ない、カルテの数行だけに表現される人生でしかないような45名の入院患者の病棟での取り組みの中で行われた、それぞれ一人一人の生きるを受け止めかつ全人間的理解から社会の中への参加という実践を支えたものである。改革者であった院長のバザーリアは自らを語ることもできず了解不可能態ともみられる現実と援助への多くの困難を前に、徹底した面接とスタッフとの対話を通して、それぞれの患者に自らを「再歴史化」することを試みた。時として暴力は原因ではなく結果であること、「長期の入院の継続が非人間的現存在に陥る状態であること。」このテーゼの正当化の証明を通して医療における主体の形成を取り戻すと同時に、それによりそう専門家の意識改革であり、それなくして精神科医療は成立しないという強い実践思想である。

しかしまたそれらは同時に旧来の自分たちが最も、患者をよく知っているとした人々との対話でもあった。そうした人々の命題は「この病棟の住民は救いがたいほど後退し、非人間化し、我を忘れている」人々との認識であった。しかし、自らの人生の歩みをそれぞれが誇りをもって語れること。援助者の言葉ではなく、したがって数行のカルテでもなく、自らの生きる歩みの中で援助の意味を語ること。生命活動と日々の暮らし、さらに人生といった生活の諸相が本人の中で統合的・肯定的に表現されることの重要な意味についての実践であると考えられる。

こうした点は、地区住民評議会の発祥の地でもあるエミリア・ボマーニャ州のボローニャにおけるピエロ・オットネッロ病院の改革にもみることができる⁽¹⁷⁾。日常的精神科医療の中に実に多様な会議、討議を設定し、参加と発言を求めていく根気のいる作業の中で脱階級制度化と呼ばれた取り組みについてシュミットは「設定された目標がトリガー及び道標として重要な機能を果たしてきたとはいえ、そういった目標——開放化、民主化——によってそれだけでもう治療となるという過程が進行していくことがなおさら大切であることを示した。」そうしてこうした取り組みについて医師や看護婦にとっても患者にとっても「もっと多くの自立への、もっと強い自我への、むつかしい状況をよりよくのり越えることへの健康化過程である。」と述べている。

そこには大切な医療哲学が含まれている。例えば、この時期の幾つかの病院での実践に見られる共通したものとしてアレッツォ精神病院のルイジ・アタナジオ医師は避けきれない入院という判断を前にして、とにかく信頼をつくり出すことをもっとも基本にしながら具体的理由とともに共同して危機について原因をさぐる。その上でできるだけ入院は避けること。も

し避けられない場合は、できるだけ短くする。「病気をありきたりのものにしてしまうこと。つまり危機に導いた社会的、経済的原因以上には重大視しないこと」であるとする⁽¹⁸⁾。

確かにこうした手段としての強力なコミュニケーションはイタリアの歴史と文化に根ざす現象という側面を否定することは出来ない。しかしまたそのこと「会話の喜びが革新的な目標達成に利用される。」とし、全ての参加者に自信をつけ、他者へ冷静に見つめることを学ぶ。それは権威に尊厳を待たなくさせ、古い役割や行動様式への退化を押しとどめることを通してシステム移転の推進力となっている。

(Ⅲ) 北欧における脱施設・制度化とノーマライゼーションをめぐる

こうした移行における幾つかの条件やそれらをめぐる動向は、精神科医療においてのみ見られるものではなく同時期の近接領域、例えば北欧での障害者施策においても同じような内容を見せる。しかし概してスウェーデンを中心に北欧の脱施設・制度化は法制度の改革を含めノーマライゼーション概念を具現化する先進地としての取り組みとしての紹介が多く、実は急速なシステム移行の中で何が起きていいるのかについては十分な実態が必ずしも伝えられていえるわけではない。ここではその全容について触れることはできないが、少なくともシステム移行の主要な要因に関わらせて取り上げてみたい。

例えば知的障害者に関わってブラッドレイは「脱施設化と地域生活」をテーマとするイギリス、北欧、アメリカの比較研究を通して、次のような指摘をしている⁽¹⁹⁾。

脱施設化は単にいわゆる住む場所の移転を意味するものではなく、「知的障害者のサービス運営上の規律に関する一連の仮説としての新パラダイムの現れを伴う」ものであり、それは当事者自身が「自らの人生に間して、自らの選択権を持つこと」でなければならない。それは具体的には自身の「選択権を持つということに対する認識」とともに、個人中心の支援やエンパワメントを促進するものである。また、このことに関わり、その根拠として

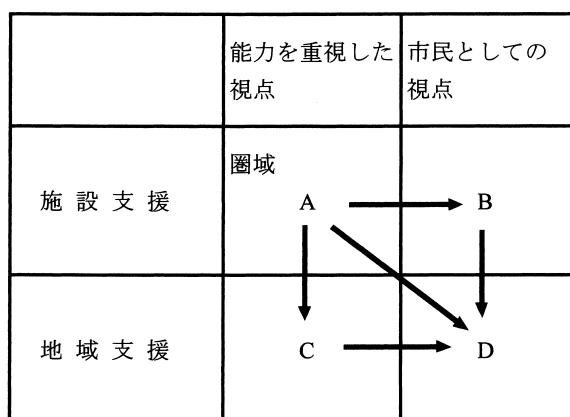
- ① 他の住民とともに地域生活を送ることができるという信念、障壁の排除といわゆる地域生活優性という基本理念。
- ② 地域の住民とともに同様の社会関係をもち、そのための支援をおこなうという社会関係の重要性。
- ③ サポートにおいてプログラムに人々をあわせるのではなく、それぞれの地域生活の状況に合わせておこなう個人中心的支援。
- ④ 専門家至上主義を廃し、インフォームドコンセントとともに選択する権利を認め、個人による選択と管理の原則。

といったものを取り上げている。

これらは脱施設・制度化としての取り組みが、単に生きていく場所の施設外への移動ということを目指すものではなく、そこでの暮らしの質についての多くの努力が必要でありその十分な

検証が求められることを示している。この点に関連して、ケント、エリクソンは1960年代以後進む各国での脱施設化とコミュニティサービスへの移行は必ずしも本来の目的とする「知的障害者に対する社会関係や提供されているサービスの関係の考え方の変化」が十分に獲得されたわけではないとする。つまり次のような2次元のマトリックスをつかい脱施設・制度化をつくり出すノーマライゼーションの取り組みとは本来、圏域Aにおいて住居提供と能力を重視するサービス（そこでの役割は生徒であり、患者である）から、終局的には圏域Dにおける場と質の獲得を目指すものでなければならないとする⁽²⁰⁾。いわゆる「生きていく場所とその質」に関わる大切な課題である。しかし多くの国の取り組みはなかなかそのように進まず多様な道筋をたどることになっていった。その中には、圏域Aから圏域Cへの政策的誘導等による「場」の移行が起るものの、実際の地域における試みを支えるサービスの質といったものは施設ケアである圏域Aの時代と変わらないという現実がよく見られることになる。

図（3） 住宅サービスの2つの視点
(Two perspective on residential services)



出典：脱施設化と地域生活・相川書房（→は筆者加筆）

こうした指摘はここで取り上げるシステム移転における主要な要素にとって大きな意味を持つと考えられる。

実は最近の特に欧州の脱施設・制度化に関する報告の中で危惧される現象としてこうした点が指摘されることは多い。例えば佐々木はこの間、精神科医療改革における幾つかの国での失敗のパターンとして ①精神科医療システムの消失 ②財政の消失 ③家族負担の増加 ④回転ドア現象とったことを上げつつ、さらに ⑤居住施設の病院化とともに逆に ⑥病院の収容所化などの新しい事態がおきていることを紹介し、その原因と改善について幾つかの提言をおこなっている⁽²¹⁾。

もちろん、北欧における障害者領域での脱施設・制度化は、何がその過程を進め、またその過程を通して、どのようなことが達成、獲得されたのか、またこれからどのように進んでいく

のかといったことについて十分な検証をおこなうなかで、ノーマライゼーション概念の具現化を支持するとともに、共通して障害者を社会から分離させない新しい社会の実現を目指してきたものであることにちがいない。

経験に学べば、ここで取り上げてきたA社会からB社会への移行は、まさにA社会そのものにおける実践の成熟の中で、時間をかけて新しい要素が形成されていくことになる。またその過程でどのような方法でB社会が形成されていくのかについてはそれぞれの国、地域において歴史と文化を吸収することにより多様な道筋をたどるものである。

実は、デンマークのB.ミケルセンに見るようにこうした北欧のノーマライゼーションが原点のひとつが反ナチ運動とそれを支えた思想を、障害者を含むすべての人々への市民としての尊厳と人権の確保の具現化として取り組まれたことを考えれば、この点では同じく反ナチ運動を起点とするバザーリアの思想が率いたイタリアの精神科医療改革もヨーロッパにおける新しい社会作りとして同様の内容を目指すものであろう。

Ⅳ 脱施設・制度化とシステムの人間化の課題について

バザーリアのトリエステにおける精神科病院改革、特にサン・ジョバンニ病院解体に向かう、改革から閉鎖、さらに地域での再定住支援といった脱施設・制度化の進展について、シュミットはそれには次のような段階があったとする⁽²²⁾。まず、最初は病院の内部からの開放、さらに外部社会への開放化がすすめられ、入院患者を含むさまざまな会議が開かれ関係性の変化がおきてくる。続いてその中で、入院者の自己像の変化が起こり始める。自らの自信の獲得と日常の不満の具体化は病院の機能と生活を変化させる。その上で、市民としての身分の回復が進められ非施設化が進んでいく。次にはこれからのまちでの生活のための資源作りとして精神保健センターの充実が進められ、そのことを基盤にしながら退院患者の社会化がまちの社会組織への再編入として取り組まれる。これをアパルタメンティ（居住化）とよんで重要視している。これらを踏まえ、この過程とそこから始まる新しい試みについてバザーリアの同僚でもあるジャンケッダは隣人や共同体での「摩擦は克服されなければならない。だが、その摩擦はあらゆる正常な市民もよく知っている、病者と健康者の緊張ではなく、ただの摩擦なのだ」⁽²³⁾という。

ここにあるのは脱施設・制度化の始まりと、また目指すものが実は単に、病棟の改善や病院改革、その閉鎖、病院外への移住といった場の外化だけにあるのではなく、その過程が、そうした旧来の規範や決まり事、施設や地域や社会、そのもとでの市民生活といったすべての構成要素の変更を求めるという二つの方向での精神病患者を新しい市民として再統合化し多様に協同する新しい社会への移行であるという事実である。

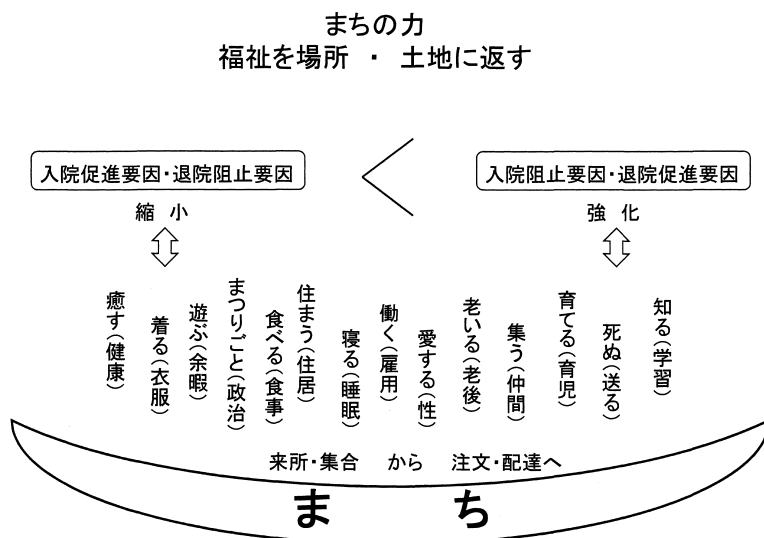
これらの歴史が教えるように、例えばA社会における精神科病院、専門家、家族といった

要素そのものがまずは A 社会の中での実践を通して人間化へ向かうことから移行が始まることになる。この点に関して、バザーリアはシュミットととの対談の中で、この過程は単なる技術的選択や交代でなく「これまでのあらゆる評価を根本からひっくり返す選択、すなわち医師、患者関係、制度の中の患者と代理人との関係、制度と住民一般との全く新しい関係を展開することになる。」⁽²⁴⁾ と述べている。そこには患者の病気ではなく生きる苦悩として向き合う時に新しい関係の成立が生まれ、精神科医療の展開が生まれていくことが歴史の経験で明らかになる。もちろんこうした試みは A 社会での構成者が B 社会において主要な役割を担う可能性を強く示唆するものである。

さて、こうした思考を進めていけば、わが国の今後の主要な方法の舞台が一方での精神科病院の内的改革とともに、「生きていく場所とその質」としてのコミュニティもしくは「まち」にあることは紛れもない時代としての事実である。例えば退院促進支援事業として進められているわが国の地域移行は、次のような作業を行うことによって、精神科病院内の改革を進め、同時に新しい地域社会のありように関わりシステム移行の内容を見ることができる。

それはまずまちがもつ複雑で多様なシステムの交差を前提に、その中に潜む促進要因、阻止要因を二つの方向から探し出すこと。つまり、地域での暮らしの確保にともなう精神科病院への不必要な入院を阻止し退院を促進する因子の強化を図ること。それは一方で入院を促進し退院を阻止する因子を撤去していく作業でもある。これは今日までの近代化進展のもとでの工業化社会を支えてきたサブシステム思考での国家を介する垂直型の、財（富）、権力、知識の移による課題解決という思考への依存から、コミュニティを舞台とする横断型の移動における新しい連結や役割の開発、形成といったことにつながっている。いま重要視され、目指される共

図（4） まちの診断



生社会とは、そこでの次のような生活の諸相をまちの力、ホスピタリティの再構築として育むことの必要性がある。

いわゆる「サービスにそれを必要な人を集める(集合)ではなく、人に、そしてその生活基盤であるコミュニティに必要なサービスを集め利用を支援する」といった転換が求められることになる⁽²⁵⁾。最近においてはわが国においてもこうした視野と方法を持ち、定住化へむかうコミュニティでの幾つかの取り組みを見ることができる。概してそれらは従来のように国の施策決定と資金としてのトランスファーでもある補助金や交付金を元に事業を展開するのではなくいわゆる事業の6次産業化、つまり1次産業と2次産業、3次産業が相互に結びつくことでどこからでも6次化する、新しい事業展開の様相を見せ始めており、イタリアの社会的協同組合事業がそうであるようにそこにコミュニティを基盤とした事業力とそのためのさまざまな財と力の移動と連結の可能性が見え始めているともいえる。こうしてまず、地域における精神科医療サービスの移行基盤の強化を図ることかが、実は精神科病院医療の改革にとって重要な意味を持ってくる。

こうしたことはイタリアのパロマにおいて、精神的不安定な人々から、精神病の入院患者ではなく正常な労働者への組み込みへの様々な努力の中で、現実として労働の日常性の確保が不可能な人々を新たに、農業事業、ヴィゲッフィオーバルマに見られるような農業コミュニオンを立ち上げ、その事業の参加者とし、市民化するという新たなモデルの創出とも共通する、精神病患者のマイノリティの人生の再構築ともいえる事業展開でもある⁽²⁶⁾。

こうした脱工業化社会にかかわって同様な視点からジャノッティは、新しい社会は20世紀に達成された市民生活の水準を維持しながら、環境破壊から受けた損傷を癒し持ちこたえ、可能な水準に基づいて人間活動を方向づける生活様式、自然のおよび歴史的環境との諸関係、社会的共生の諸形態を新たに考案すること。さらに開発の遅れた諸国へ資源をまわすこと。そしてポスト工業化社会を人間化すること。そのための生活の質の測定には生活上の期待や居住条件などといったものを量的に換算した大きさを評価する新しい基準をつくりださなければならないとする⁽²⁷⁾。

この点に関してはイタリア社会の有り様を素材としながら近年のイタリアで最も刺激的で新鮮な思想とされるフランコ・カッサーノが「南の思想—地中海的思考への誘い」において展開する近代合理主義の社会思想に代わるものとしての地中海的思想、遅さ、矛盾、自由という概念を軸に、コミュニティと家族の重要性を再び、かつ新しい資源として位置づけることに関わる展開と共通する質を持つものということが出来る⁽²⁸⁾。

こうした指摘はコミュニティの新しい位置づけを、今日の福祉国家の近代化といわれる事態への対応として求め、そこに社会の運営に関する新たな価値と文化、さらに新しい連結の育成とともに財政移動を創り出すことがきわめて重要で、またそれが必要でまた可能な時代だとする認識がある。当然、精神病患者をめぐるこうした取り組みの進展がここでいう新しい社会の人

間化の課題と共通したものだということが出来る。

終 わ り に

わが国の精神保健福祉システムを国際的な指標から見れば入院制度、保護者制度を含む法制度の未整備、精神科病床数の多さや入院日数の長さ、雇用、生活などの地域支援の不十分さ、地域における人や財の移動を含む多元的ネットワークの未整備、さらに公的医療機関の少なさなど、多くの課題を抱えたまま、求められる改善がなかなか進まないという現状にある。

ここで取り上げ、検討を進めてきたものはそうした中、精神科医療における脱施設・制度化を進めていく上でのシステム移転に関わる要素について、諸外国の経験とわが国の歴史に探り、それはどのようなものであり、どのようにな力によって変容していくのかを検証し、社会システムの視点から幾つかの提言をすることであった。この点で脱施設・制度化は何度もふれたように国際的には1960年代以後において、政策目標化され、発展と停滞を繰り返しながら多くの試みがなされ、それぞれの国において新たな社会論として今も、改善され続けている課題である。もちろん本文でもふれたようにただ単に脱施設・制度化を進めていけばすべてのことが解決するというわけではないし、それがまた、精神科病院病床の廃止でないことも、今日のイタリアにおいて総合病院病床や精神保健センターの救急対応病床などがシステムの中で重要な役割を担っていることから明らかである。また長くA社会に依存してきたわが国において簡単にそれが実現できるわけでもないことは十分に周知しなければならない。歴史が教えることは間違いなくA社会の人間化をめぐるさまざまな試みの中にこそB社会の解答がある。すでにふれたようにだからこそB社会をつくり出し、かつ動かしていく人々の中心にはトリエステの改革がそうであったようにA社会の構成員が位置づけられている。したがって大切なのは現行のシステムの再検証を通して、ごくあたりまえの市民としての尊厳と、精神病患者が自らの人生は自らのものであり、だからこそその当事者の「生きる」が尊重され、雇用においても地域においても精神病患者だからではなく市民であるからこそ自らが主人公であることの人間的課題と「暮らす場所と生活の質」を実現するシステムそれ自身の人間化の課題である。

〔注〕

- (1) ここであえて脱施設化と制度化を一語化するかと言えば、もともと語源的に英語やイタリア語表記には施設というものとともに制度といった内容を含んでおり後述するが、本来の社会の有り様をシステムとして検討していくとすれば単に、施設外への移行ではなく、そのもとで確保される生活の質といった点から制度変更と捉えることが必要であると考えられる。この点に関しては松浦や美馬の次の指摘は多くの示唆に富んでいる。

○フランコ・バザーリアとイタリアの精神医療改革、松嶋健、社会情報=Sosial Information. 21

(1)：63-96、札幌学院大学、機関学術リポジトリ

○精神医療にかわるもの、現代の思想3、美馬達哉、青土社、2010

○イタリアの例から、脱施設化と脱病院化のあいだ、松嶋健、医療環境を変える、多賀他編 京都大学学術出版会、2008

美馬は、特に改革の出発としての法制的に関わり紆余曲折を経ながらもこうしたシステム移行が支援システムの不在やそのための家族の負担増による停滞の80年などの困難を経ながらも進んでいった背景について、法律第180号の表題に注目しつつ実はそれが「自発的および強制的な病状確認と保健医療処置」ということにありとし、この提案が単に精神病患者だけを選別して対象化する特別な法律の撤廃を目指したところに最重要な意義があると指摘している。これは一般的な市民社会を前提とする「方法としての精神病院への入院」というシステム要因の移行を考えていく上で大きな意味を持つと思われる。同様に、いまひとつ、アメリカにおける同様の取り組みに触れながら「精神医療改革の戦術」に関して重要な指摘をしている。それは脱施設化の受け皿として準備されるアメリカの仕組みに対し、当時、イギリスにおいてキングスレイ・ホールという共同住居の展開するレインなどの実践と比較しつつ、バザーリアは存続される精神病院に関し「暴力の施設」から「寛容の施設」への移行であるとする。それは理想とされるものが社会モデルに依拠し「広く社会的逸脱行動を対象とするさまざまな実践（ソーシャルワーカーや福祉関係者中心の精神保健の地域サービス）」にあったとし、だからこそ戦略としての精神病院（への入院）の廃絶（入院の否定ではない：註（筆者））という方法の重要性の提起はわが国の動かない精神科医療の現状を見るにうえて意味をもつといえる。

- (2) 例えば、イギリスにおいては、精神病状態の性質の理解の著しい進展を前提に NICE 統合失調症指針 (NICE, CG82 updated 2009) が制定されさまざまな、特に地域での治療の進展をみせている。また、WHO や IEPA (国際早期精神病学会) などの多くの国際的機関の支持を得て進められる早期精神病宣言 (Early Psychosis Declaration: EPD) (International Consensus Statement: Bertolote & McGorry, 2005) では合意として ① コミュニティの啓発 ② 回復と普通の生活を促す ③ アクセスと関係作りの改善 ④ 実践家とコミュニティワーカーの研修 ⑤ 家族に対する関係作りと支援の5つを主要なテーマとして取り上げている。これは疾患・障害モデルからの決別と、そのもとで健康を改善し属性を足場とすることに焦点を当てたモデルへの移行を目指している。以下の文献参照のこと。

○精神病早期介入、ポール・フレンチ他編著、針間博彦監訳、日本評論社、2011 など。

- (3) 精神保健福祉においてグローカリゼーションの意味するもの、拙稿、月刊福祉、2003

- (4) ○戦後精神保健福祉行政と精神病患者の生活、拙稿、法律文化社、1999

○まちづくりの中の精神保健福祉、拙稿、高学出版、2002

- (5) 心病める人たち、石川信義、岩波新書、1990

- (6) 当時の実情とともに、政策的にもかなり多面的で必要と思われる検証を行っている。特に、実証的な脱施設化における患者移動とその社会的背景についての調査に基づいた議論は示唆にとむものが多い。

○アメリカの精神医療、仙波恒雄監訳、星和書店、1980

- (7) 自立生活：社会運動にはじまり分析規範となるまで、ガベン・デジョン、障害者の自立生活障害者自立生活セミナー実行委員会編・発行 1983

- (8) 精神医療と法、中山宏太郎、弘文堂、1960

- (9) 日本精神科医療史、岡田靖雄、医学書院、2002

- (10) 精神保健福祉行政のあゆみ、編集委員会編、中央法規出版、2000

- (11) 日本のベストプラクティスは、そのどれもが事業に病院での精神科医療の提供の「場」を組み込んだるものではなく、病院外での地域ケアの発展事業といった内容になっている。こうした先進

的活動が選定されるのもわが国の精神保健医療・福祉システムの特徴をよく表している。

ちなみに5つの事業とは ① 帯広・十勝圏域における生活支援事業 ② 群馬県佐波郡境町の精神保健活動 ③ やどかりの里 ―― ごくあたり前の生活の実現 ―― の実践 ④ JHC 板橋―全員参加と協働の地域生活支援 ⑤ 和歌山麦の郷の歴史と実践である。選定委員会によればそれらは次の5つの条件をみたしたものとされている。① 活動の対象が、重度の精神障害をもつ人たちが中心であること。② 活動の重点が、生活能力の改善にあること。③ パートナーシップを発展させ、市民としての権利を与えるためのものとなっていること。④ 他のサービス、社会資源、援助のネットワークに統合されていること。⑤ 医療サービスを容易に利用できるようになっていること。

○みんなで進める精神障害者リハビリテーション、東雄司他監修、星和書店、2002

- (12) 何を持って病床数を統計上に取り上げるのかは OECD がその基準値の各国における違いにふれながら、国間比較についての使用を控えるよう注意を喚起している。特に脱施設以後においては精神科病床そのものの取り扱いは大きく違ってきており、一国の変化については有効であるとしても、特にこの10年間については国際比較としては不適切としている。

この点については具体的な各国間の状況を紹介しながら次のものが詳しい。

○世界における精神科医療改革、松原三郎他編集、中山書店、2010

また、イタリアの全国的な精神科医療の状況を歴史や文化を踏まえつつ平易に解説しその上でわが国の現状への警告としてまとめられたものに以下がある。

○精神病院を捨てたイタリア捨てない国日本、大熊一夫、岩波書店、2009

- (13) イタリア大統領令 精神保健の擁護 1994-1996 総合計画＝目標の認知
福田静夫、研究紀要第95号、日本福祉大学

なおこの中で、この段階では1978年の改革によるアプローチが、特に公的介入を社会的支配から、予防、地域サービスへ移していくことの全国的拡がりが出ていないとし、その改善のために次の4つが必要だとしている。それは ① すべての USL に構造的ネットワークを作りあげること。② そこでの専門的職員の適切な配置と権限 ③ 労働部門を核とし多様なセクションとの適切な連結や推進 ④ 精神疾患者を家族、社会、職場に組み入れるあらゆる条件の整備とそのフォローである。したがってこうしたことを進めていくための介入をおこなっていくとし具体的な戦略をかなり詳細に列挙している。それらは1978年改革の政策欠陥の修正という面をもっているが、出来る限り、3年間で達成するために次の5点に言及している。① DSM の組織モデルを全国的に作り上げること ② 旧精神病院の残滓を克服するために、特別な企画を推進する ③ 精神医療援助センターのうちに、特に消費モニターに関連して情報システムづくりを推進し、かつまた費用センターの設置を目指すこと ④ 精神医療援助の質を示す指標システムを全国レベルで究明していくこと ⑤ 「総合計画＝目標」という目的を整合するために、職員の教育と現代化を図るプロジェクトを推進すること。である。

- (14) 例えばフェリックス・ガタリが対応集積地としての精神科病院を核とする精神科医療への代案としてネットワークを取り上げ、フランスのエリア医療、いわゆる地区割精神科医療に言及するものもこうした流れがある。

○分子革命―欲望社会のミクロ分析、フェリックス・ガタリ、杉村昌明訳、法政大学出版局、1988

- (15) 精神病院法の改正、ジュベッセ・デラックア、福田静夫訳、社会福祉学論集第101号、
日本福祉大学 1999

- (16) 自由こそ治療だ、ジル・シュミット、半田文穂訳、悠久書房、1985

イタリアの精神科医療改革の全容については、イタリア語以外では英文のものもふくめて少なく、全国的な統計が未整備が点も含めて、正確に把握しづらいということがある。その点でこの書物

は実証的なことも含めて邦文で読める数少ないものである。

(17) 同上

(18) 同上

(19) 脱施設化に向けて, K, エリクソン J, マンセル編, 中園他監訳, 相川書房, 2000

(20) この点は次のようなゴッフマンの指摘と共通する重要な論点を含んでいると思われる。ゴッフマンは1940年代後半の全制的施設, (欧米ではそうした施設が, 福祉施設や療養病院, 刑務所, 宗教施設などおおよそ5つの領域委に渡って存在するとし) での, 施設調査に基づいて, 現代社会における Social arrangement (社会的取り決め) は, 「個人としてみれば異なる場所で, 異なる参加者たちと, 異なる権威に従って, 全面的で首尾一貫したプランもないままに, 睡眠をとり, 遊び, 仕事をする」のが一般的なことだとする。しかし社会的営造物としての全制的施設の中心的特徴は, 通常, こうした生活における三つの領域の区割りする隔壁がないとし, その上で

① 生活の全局面が同一場所で同一の権威に従って送られる。

② その構成員の日常活動の各局面が同じ扱いを受け, 同じ事を一緒にするように要求されている多くの他人の面前で進行する。

③ 毎日の活動の全局面が整然と計画され, 一つの活動はあらかじめ決められた時間に次の活動に移る。

つまりこうした全制的施設の日常としての諸活動における順序そのものは, あらかじめ計画された規律体系や専門家集団による明示的な指示によって押しつけられていくものであるとする。まさにここで取り上げてきた社会 A が陥りやすい閉じられたサークルでの日常そのものである。

○アサイラム, E・ゴッフマン, 石黒毅訳, 誠信書房, 1984

(21) 精神科医療の国際動向, 佐々木一, イタリアにおける精神科医療改革, 清野絵他編, 2010

(22) 自由こそ治療だ, 半田文穂訳, 悠久書房, 1985

(23) 前掲 自由こそ治療だ

(24) 前掲 自由こそ治療だ

(25) 社会福祉方法原論, 岡村他編著, 法律文化社, 1997

(26) 前掲 自由こそ治療だ

(27) ゼロ成長のモチーフと新社会, ロレンツォ・ジャノッティ, 聴濤弘, マルクス主義と福祉国家, 大月書店, 2012

(28) 南の思想—地中海的思考への誘い, フランコ・カッサーノ, ファビオ・ランベッリ訳, 講談社選書メチエ, 2006

〔参考文献〕

1) Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Frsnco Basaglia. Nancy Scheper-Hughes and Anne M. Lovell. Columbia University Press. 1987

2) コミュニティメンタルヘルス, ロレン R. モシャー他, 公衆衛生精神保健研究会訳, 中央法規出版社, 1992

3) 病院の世紀の理論, 猪飼周平, 有斐閣, 2010

4) 批判的精神医学, D. イングレヴィ編, 宮崎隆吉他訳, 悠久書房, 1985

5) 過度期の精神医療, シュラミット・ラモン他編, 川田誉音訳, 海声社, 1992

6) イタリア社会的経済の地域展開, 田中夏子, 日本評論社, 2004

7) 精神病院を捨てたイタリア捨てない日本, 大熊一夫, 岩波書店, 2009

8) 医療的辺境を変える, 多賀茂他編, 京都大学学術出版会, 2008

- 9) イタリア社会協同組合 B 型をたすねて，佐藤紘毅他，同時代社，2006
- 10) 転換期の時代の社会福祉，福田静夫他編，文理閣，1996
- 11) 知的障害者の「生活の質」に関する日瑞比較研究，河東田博他編，海声社，1999
- 12) 施設ケア対コミュニティケア，レイモンド・ジャック編，小田兼三他監訳，勁草書房，1999
- 13) トエステ精神保健サービスガイド，トリエステ精神保健局編，小山昭夫訳，現代企画室
- 14) メンタルヘルスとウエルフェア，第 3 号，特集「イタリアの地域精神保健」，2007，第 5 号，特集「イタリアの地域精神保健Ⅱ」，2009，特定非営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会

本稿は文部科学省科学研究費補助金（基盤 C）「精神障害者の再定住化とエリア形成に関する実証的研究」（2012～2014）の成果の一部である。

（おかむら まさゆき 社会福祉学科）

2012 年 10 月 31 日受理